



Arrêt

n° 220 530 du 30 avril 2019
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J.-P. KILENDA KAKENGI BASILA
Rue de Ganshoren 42
1082 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration.

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 mai 2018, par M. X, qui se déclare de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de « la décision [...] du 9 avril 2018 de la partie adverse qui déclare irrecevable sa demande de régularisation de séjour sur pied de l'article 9 bis (*sic*) de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers [...] ».

Vu le titre Ier *bis*, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite « la loi » ci-après.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 21 janvier 2019 convoquant les parties à l'audience du 15 février 2019.

Entendue, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendus, en leurs observations, Me J.-P. KILENDA KAKENGI BASILA, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique le 15 août 2015 muni d'un visa de type C valable du 15 août 2015 au 29 octobre 21015.

1.2. Le 27 août 2015, il a été mis en possession d'une déclaration d'arrivée l'autorisant au séjour jusqu'au 29 octobre 2015.

1.3. Par un courrier daté du 27 août 2015, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi, qui a été déclarée recevable le 23 décembre 2015. Le 14

septembre, il a été mis en possession d'une carte de séjour temporaire (carte A) valable jusqu'au 30 septembre 2017. En date du 9 avril 2018, la partie défenderesse a refusé de proroger le certificat d'inscription au registre des étrangers par une décision assortie d'un ordre de quitter le territoire et notifiée au requérant le 24 avril 2018.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Le problème médical invoqué par [M.M.G.] ne peut être retenu pour justifier la prolongation du titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, Le (sic) Congo (RDC).

Dans son avis médical rendu le 06.04.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique qu'il y a une nette amélioration voire même une stabilisation de sa situation clinique. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles au requérant.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, le requérant est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980); qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH [...] ».

1.4. Par un courrier daté du 27 juillet 2017, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi, laquelle a été déclarée irrecevable le 1^{er} octobre 2017. Le requérant a introduit un recours contre cette décision devant le Conseil de céans qui l'a rejeté par un arrêt n° 220 521 du 30 avril 2019.

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. Le requérant prend un premier moyen de « la violation du principe de bonne administration, du devoir de minutie ou principe de prudence ».

Après avoir brièvement rappelé la teneur des principes visés au moyen, le requérant argue ce qui suit : « Dans le cas d'espèce, manifestement, la partie adverse a méconnu ce principe de bonne administration car elle n'a pas (sic), faisant aveuglément confiance à l'avis de son médecin conseil, conclu « qu'il n'est manifestement pas question ici d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant... », alors que le médecin conseil de la partie adverse [ne l'a] point examiné. Il n'a pas non plus, pour son évaluation de [sa] situation médicale, requis les attestations médicales récentes [de son] médecin traitant ni différents rapports médicaux pouvant accompagner cette dernière colle (sic) il l'a fait dans d'autres dossiers, rompant par cette attitude l'égalité des citoyens à l'accès devant les services publics.

Si le médecin conseil de l'Office des Etrangers avait requis les attestations et rapports susvisés, il se serait rendu effectivement compte de la gravité [de son] cas.

[II] tient à appeler (sic) l'attention du Conseil de céans sur le point B du CERTIFICAT MEDICAL type de l'Office des Etrangers ainsi écrit : DIAGNOSTIC : description détaillée de la nature et du degré de

gravité des affections sur base desquelles la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'Article 9ter est introduite. Il est dans l'intérêt du patient que des pièces justificatives (p.ex. rapport émanant d'un médecin spécialiste) soient produites pour chaque pathologie ».

Dans le cas d'espèce, [il] a produit le certificat médical émanant d'un médecin spécialiste, son médecin traitant est cancérologue.

Il est très curieux, sur le terrain des principes, de constater que la partie adverse s'accroche à l'avis médical de son médecin conseil dont la spécialité est inconnue pour prendre en compte ledit avis dans la décision litigieuse. Sur quelles bases scientifiques plausibles l'avis médical de ce médecin conseil met en cause et contredit le diagnostic posé par [son] médecin traitant? Ce dernier a clairement posé son diagnostic ».

2.2. Le requérant prend un second moyen de « La violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH) ».

Il fait tout d'abord état de considérations théoriques relatives à l'article 3 de la CEDH et argue que « Dans sa demande de séjour, [il] avait même, avant la prise de toute décision, demandé à la partie adverse de [se] faire examiner par son médecin conseil. Ignorant totalement cette demande, la partie adverse, se fondant sur un rapport complaisant de son médecin conseil, a déclaré non fondée [sa] demande qui, à tort, a affirmé [qu'il] ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ; que [ses] pathologies ne présentent aucun risque réel de traitement inhumain ou dégradant ; qu'il n'apparaît pas, renchérit la partie adverse, qu'un retour au pays d'origine ou de séjour constitue une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE ni à l'article 3 CEDH.

Alors qu'il est patent que la pathologie dont [il] souffre nécessite un traitement à vie, et (*sic*) cas de déconnexion du matériel médical et du masque dont il se sert chaque nuit, comporte un risque d'atteinte évident à l'article 3 CEDH.

Que cette pathologie représente un risque réel pour sa vie et une menace pour son intégrité physique ; Qu'en cas de retour dans son pays d'origine, [il] n'aura pas accès à des soins adéquats et sera privé de tous les contrôles nécessaires.

Or, en raison de l'inaccessibilité aux soins (matériel médical) dont il va certainement pâtir en cas de son (*sic*) retour forcé dans son pays d'origine, [il] court droit vers la mort.

Que sa santé physique et psychologique risque d'en pâtir compte tenu du diagnostic effectué par son médecin traitant. [Il] met particulièrement en exergue le fait que les structures sanitaires font cruellement défaut dans son pays d'origine ;

Qu'il ressort des informations sur [son] pays », dont il reproduit des extraits, « que la situation sanitaire ne permet de garantir les soins médicaux adéquats.

[...] Qu'il existe un danger pour [sa] vie s'il est privé de son traitement par matériel médical, puisqu'il y a un risque de décès tout court ;

Que [sa] pathologie constitue une menace directe pour son intégrité physique ; Que le risque de subir un mauvais traitement doit s'apprécier par rapport à [sa] situation dans l'hypothèse où il retournerait dans son pays d'origine ou de séjour ; [...]

[Qu'il] présente un état de santé critique et qu'un retour en RDC ne lui permettra pas de poursuivre les soins qu'il a déjà entrepris dans le Royaume vu la situation sanitaire dans ce pays ;

Que la partie adverse aurait dû examiner les conséquences de [son] éloignement vers la RDC, compte tenu de la situation générale dans ce pays et des circonstances propres à son cas (...)

Qu'il est indéniable que, le fait de priver une personne malade d'un traitement adéquat et de lui générer ainsi de graves souffrances physiques et morales doit être considéré comme un traitement cruel, inhumain et/ou dégradant ;

Que les circonstances concrètes propres [à son] cas et celles relatives à la situation générale en RDC démontrent qu'elle (*sic*) se trouve bien dans une situation telle qu'elle (*sic*) encourt un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans son pays d'origine ;

[Qu'il] estime de ce fait, que la partie adverse le place en connaissance de cause dans une situation de souffrance proche d'un traitement inhumain et/ou dégradant ;

Que [sa] situation pourrait fortement dégénérer si une prise en charge médicale n'était pas mise en place de manière adéquate ;

Que l'ensemble de ces éléments établit qu'il existe manifestement un préjudice grave et difficilement réparable en cas de retour [...] en RDC ;

Que par conséquent, le risque de violation de l'article 3 de la CEDH est démontré en l'espèce ;

Que dès lors [il] ne peut être renvoyé dans son pays d'origine ;

Que dans son arrêt n° 96 837 du 11 février 2013, le Conseil du contentieux des étrangers a jugé: « qu'il convient que la partie défenderesse procède à un examen sérieux et rigoureux de la situation médicale du requérant, dont les éléments touchent au respect de l'article 3 CEDH, avant de décider de son éloignement forcé. Par conséquent, dans les circonstances particulières de la cause et suite à un examen *prima facie* de celles-ci, la violation invoquée de l'article 3 de la CEDH doit être considérée comme sérieuse ». [II] souligne qu'il s'agissait là d'un renvoi vers l'Italie, et quid de la République démocratique du Congo ?

La conclusion du médecin conseil de l'Office des étrangers sur l'accessibilité et la disponibilité (page 3 de l'avis médical) des soins, en ce qui [le] concerne, est des plus erronées (*sic*). Il sied, dans les lignes qui suivent, d'en démontrer l'inanité.

Sous le rapport « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », la partie adverse y affirme d'abord que « son rôle n'est pas de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre le demandeur soient disponibles et accessibles au pays d'origine » (CCE n°123.989 du 15. 05. 2014). » Elle renchérit que les documents exhibés par [lui] ne le visent pas personnellement.

Ces arguments de la partie adverse sont des plus fallacieux pour les raisons ci-dessous développées. D'abord, ils vont à contre-courant de la jurisprudence solidement établie du Conseil d'Etat. En effet, le Conseil d'Etat a déjà jugé que « l'Office des étrangers a pour devoir de rencontrer de manière adéquate et satisfaisante les aspects particuliers de la situation médicale du requérant et que cette exigence comporte nécessairement un degré plus élevé lorsque, comme en l'espèce, le diagnostic émane de médecins spécialistes » (C.E., n° 73.013, arrêt du 7 avril 1998 ; C.E. n°65.160, arrêt du 11 mars 1997 ; C.E., n° 75.897, arrêt du 24 septembre 1998).

Il appartient également à l'Office des étrangers, selon les principes de bonne administration, de statuer en pleine connaissance de cause et, dès lors, de procéder aux investigations nécessaires de manière à être pleinement informé tant de l'état de santé du requérant que des possibilités réelles dont il dispose (C.E., n° 65. 160, arrêt du 11 mars 1997 ; C.E. n° 82. 698, arrêt du 5 octobre 1999 ; C.E. 91. 709, arrêt du 19 décembre 2000).

Il revient donc à « l'Office des étrangers de s'enquérir de la qualité des soins prodigués dans le pays d'origine pour le traitement de la pathologie en question, au besoin avec l'appui d'un médecin spécialiste, ainsi que de leur accessibilité pour le requérant (En ce sens, C.E., n° 72.594, arrêt du 18 mars 1998). »

Puis, la partie adverse fait état du système de sécurité sociale en République Démocratique qui offrirait le service des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse et de décès ainsi que des charges de famille (*sic*).

En réponse à ce chef de motivation de la décision litigieuse, [il] relève à l'attention du Conseil de ceans qu'il n'est lié à aucun employeur en République Démocratique du Congo par un contrat de travail pour qu'il puisse être éligible au régime de sécurité sociale. Là, c'est sur le terrain des principes. Il n'est pas fonctionnaire de l'Etat ni agent d'un quelconque service public. Sur le terrain pratique, des réalités pratiques, ce système de sécurité sociale est purement et simplement théorique. Il s'agit d'un système ornemental qui ne fonctionne pas en réalité. Une distance criante existe entre les déclarations principielles et les réalités sur le terrain de la vie quotidienne.

De même que lorsque la partie adverse fait mention de l'existence de mutuelles qui proliféreraient en République Démocratique du Congo et qui interviendraient au profit de leurs membres. La partie adverse ne mentionne pas exactement la qualité des membres de ces mutuelles et les formations médicales qui leur assureraient des soins adéquats.

Bien plus, l'existence des seules mutuelles de santé n'implique pas accessibilité et disponibilité des soins et suivi dans le pays d'origine.

La décision litigieuse poursuit que « Dans la capitale congolaise Kinshasa, dix hôpitaux et une soixantaine de centres de santé sont gérés par le Bureau diocésain des oeuvres médicales (BDOM), une structure de l'église catholique, ont signé des conventions avec trois mutualités de la ville (*sic*). Chaque fois, le BDOM perçoit auprès de ces mutualités plus ou moins 50.000 dollars pour environ bénéficiaires (*sic*), dont le nombre va croissant. Pour lui, le programme quinquennal du gouvernement

« Révolution de la modernité » (2011-2016) vise l'accès de tous aux soins de santé de qualité et moindre coût. » (...)

Cet argument de la partie adverse est moins sérieux pour les motifs ci-après.

D'abord, il souligne l'existence de programme quinquennal du gouvernement « Révolution de la modernité » qui s'est étalé de 2011 à 2016. Il ne démontre nullement que ce programme, pendant le laps de temps de sa mise en oeuvre, a créé des structures médicales et des infrastructures nécessaires donnant accès à tous aux soins médicaux. Car la réalité sociologique congolaise révèle que l'Etat congolais n'a rien mis en place dans le sens de garantir à tous l'accès aux soins médicaux.

Ensuite, ce programme ne viserait que 20.000 bénéficiaires alors que la population congolaise en général se monte aujourd'hui à plus de 60 millions de personnes.

Enfin, la partie adverse assoit sa décision sur « l'aide extérieure consacrée à la santé qui est non négligeable. De nombreuses organisations, soutient-elle, telles que ; à titre non exhaustif, Cartas (*sic*), OMS, CTF sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en oeuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé. » (...)

Ce chef de la décision querellée a de quoi surprendre également d'autant qu'il évoque une situation générale des soins de santé primaires et n'aborde nullement [son] cas précis, spécifique qui a besoin d'un traitement médical spécialisé par voie d'appareil dont l'existence matérielle n'est nulle part révélée en République Démocratique du Congo, l'avis médical litigieux se contentant de souligner à la page 2 que « les informations provenant de la base de données non publique MedCOI montrent la disponibilité » du suivi (pneumologique) et du traitement (CPAP traitement, maintenance et réparation). » Il est à se demander pourquoi les informations devraient émaner d'une base de données non publique. Le caractère occulte de la base de données contraste avec le devoir de motivation de toute décision qui s'impose à l'administration.

Ceci précisé, la conclusion de la partie adverse selon laquelle « Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Congo » (Rép. Dém.) » est des plus brutales et hautement fallacieuse. Cela est d'autant plus vari (*sic*) que les officiels congolais (Famille présidentielle, ministres, députés) et toutes les personnes nanties financièrement viennent se faire toutes soigner à l'étranger.

La décision litigieuse, fondée sur des généralités, omet de se pencher sur [son] cas spécifique. [Son] dossier médical auprès de la partie adverse contient bon nombre d'attestations médicales des médecins locaux congolais ayant vivement recommandé des soins médicaux à l'étranger en l'occurrence en Belgique.

Par ailleurs, il est assez curieux de constater que, pour étoffer son argumentaire sur la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin conseil de la partie adverse se fonde sur des médecins locaux non autrement identifiés qui ont requis l'anonymat pour prétendue raison de sécurité et sur des institutions qui, en réalité, n'apportent aucune plus valeur sur la situation sanitaire (*sic*) en République Démocratique du Congo (page 2 note de bas de page 1). Dans cette note, le Conseil de céans lira notamment :

« Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis : être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de médecin déterminants (*sic*). De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale. »

Cette note prête le flanc à la critique à plusieurs égards.

D'un, [il] ne s'explique pas d'abord les raisons pour lesquelles les prétendus médecins locaux ont requis l'anonymat. S'il est exact que les soins sont disponibles dans le pays d'origine, ces médecins doivent être à même d'indiquer la localisation géographique et les dénominations exactes de toutes ces formations médicales qui prodigueraient les soins vantés.

De deux, il faut relever que ces médecins locaux sont sous contrat. Cela signifie en clair qu'ils reçoivent des sommes d'argent en devises qui leur permettent de subvenir confortablement à leurs besoins, à la différence de ceux de leurs confrères qui ploient sous un salaire de misère du reste rarement payé par l'Etat congolais. Tous les ingrédients sont donc réunis pour que ces médecins payés par l'étranger établissent des rapports de complaisance, en réalité mensongers, sur la disponibilité et l'accessibilité des soins. C'est pour cela précisément qu'ils sont engagés : aider à l'expulsion de leurs nationaux des pays étrangers.

De trois, cette note contraste avec les attestations médicales qu'établissement maints médecins congolais prestant sur place en République Démocratique du Congo qui recommandent leurs patients auprès des formations médicales belges pour les soins médicaux appropriés. Le Ministre de la santé lui-même n'hésite pas à délivrer des ordres de mission dans ce sens à certains fonctionnaires de l'Etat malades.

Pour tout dire, l'avis médical du médecin conseil de la partie adverse est un avis qui n'est pas crédible. Les médecins véritablement locaux qui ne requièrent nullement l'anonymat signent leurs attestations médicales. Il est dès lors difficile de comprendre pour quelles raisons ceux qui seraient sous contrat avec la partie adverse presteraient dans l'anonymat complet. La raison en est pourtant simple : leurs rapports sont mensongers. Il s'agit de faux grossiers en écritures dont le but est de porter préjudice aux patients réellement souffrants.

Les ministres eux-mêmes et tous ceux qui fréquentent le sérail présidentiel congolais ne se rendent-ils pas dans les pays étrangers pour leurs soins médicaux? Contrairement à ce qu'elle affirme, la partie adverse qui du reste délivre des visas de séjour à toutes ces personnes connaît parfaitement cette réalité ».

2.3. Le requérant prend un troisième moyen de « la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers, telle que modifiée à ce jour ».

Il expose ce qui suit : « En ce que la décision attaquée fait fi de [sa] maladie grave et reste totalement indifférente à sa demande de régularisation de séjour pour ce motif.

Alors que

L'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers, telle que modifiée par la loi du 15 septembre 2006 porte:

« §1er- L'étranger qui réside en Belgique et qui dispose d'un document d'identité et souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au Ministre ou à son délégué.

L'étranger doit transmettre tous les renseignements utiles concernant sa maladie.

L'appréciation du risque précité et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne est effectuée par un fonctionnaire médecin qui rend un avis à ce sujet. Il peut, si nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts.... »

Il suit de cette disposition légale que la recevabilité de la demande initiée par [lui] reste tributaire de la réunion de deux conditions, à savoir la preuve de son identité et la preuve que sa maladie entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique et un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine.

1.1. La possession d'un document d'identité

La possession d'un document d'identité a été érigée par le législateur en condition de recevabilité d'une demande de séjour de plus de trois mois sur pied de l'article 9ter précité.

Dans le cas d'espèce, [il] a produit son passeport congolais comme document d'identité.

1.2. La preuve que la pathologie dont [il] souffre entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine.

Il ressort du certificat médical susvisé [qu'il] souffre d'une pathologie gravissime. [...]

Dans le cas d'espèce, la qualité des soins prodigués par les formations médicales congolaises est au rabais au point où l'évacuation pour des raisons sanitaires est devenue la règle pour ceux des congolais (*sic*) financièrement nantis. C'est ainsi que les autorités politiques à l'exemple des ministres se font toutes soigner à l'extérieur, l'Afrique du Sud et l'Europe étant actuellement les destinations les plus prisées, les soins médicaux à l'étranger constituant même un des avantages sociaux légalement et formellement consacrés pour cette catégorie de nationaux congolais.

Plus récent est le cas de Monsieur Etienne Tshisekedi Wa Mulumba, l'opposant congolais, qui se trouvait depuis le samedi 16 août 2014 en Belgique pour des soins médicaux, souffrant du diabète (www.digitalecongo.net/article/102077) et qui est décédé récemment. Faut-il rappeler que Monsieur Justin Marie Bomboko, le tout premier ministre congolais des affaires étrangères, est mort en avril 2014 en Belgique où il se trouvait en soins médicaux aux Cliniques Universitaires Saint-Luc? (radiokapi.net/actualite/2014/04/1_Ordc-justin-mariebomboko-decede-lage-de-86ans). Faut-il rappeler également à la partie adverse que Feu Tshibuabua Ashila Pashi, ancien ambassadeur de la République Démocratique du Congo en Belgique, est mort à Bruxelles en 2012 où il se trouvait en soins médicaux ? ([www. 7 sur7 .be/7 s7/fr/1505/Monde/article/detail/1513694/2012/10/09-deces](http://www.7sur7.be/7_s7/fr/1505/Monde/article/detail/1513694/2012/10/09-deces)).

Ces quelques exemples parmi tant d'autres montrent la déliquescence des établissements hospitaliers en RDC. Faut-il que [lui], rangé parmi le petit peuple, en paye le prix alors que le droit aux soins médicaux est un droit fondamental de l'homme ?

Il va de soi que, livré aux conditions sanitaires actuelles en République Démocratique du Congo, [il] court à terme un risque de conséquence létale certain. C'est pour cette raison notamment qu'il a sollicité un long séjour sur le territoire de la Belgique.

Que, dès lors, sans avoir examiné honnêtement sa demande de régularisation de séjour dur (*sic*) le plan juridique, la partie adverse lui demande de quitter le territoire du Royaume, lui (*sic*) privant, par ce biais, des soins de santé nécessaires que requiert son état. En ne répondant pas à cette demande et en lui demandant de partir de la Belgique, la partie adverse a violé l'article 9^{ter} de la loi susvisée et a donc commis un excès manifeste de pouvoir.

Au demeurant, la décision litigieuse est assise sur un avis médical, prétendument médical, des plus complaisants.

En effet, l'article 9^{ter} prescrit que « L'appréciation du risque précité et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne est effectuée par un fonctionnaire médecin qui rend un avis à ce sujet. Il peut, si nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts... »

Le caractère facultatif du recours à l'avis complémentaire d'experts n'exclut pas celui-ci. Ce recours est même raisonnable pour un médecin conseil qui ignore tout des réalités intra sociétales congolaises et qui ne fait que se fier à un rapport établi par le gouvernement hollandais. Le Conseil de céans cherchera en vain dans le dossier de la présente affaire l'avis complémentaire desdits experts, la preuve de [son] examen et les recherches effectuées par la partie adverse, par son médecin conseil, sur les possibilités réelles de traitement en République Démocratique du Congo.

In casu, [sa] situation médicale n'a pas du tout été évaluée par la Section Médicale de l'Office des Etrangers.

Le Conseil du contentieux des étrangers devrait prendre des distances, mieux se méfier des avis médicaux émis par le médecin de l'Office des étrangers qui, manifestement, ne connaît pas du tout la République Démocratique du Congo où les populations vivent dans des conditions infra humaines ».

3. Discussion

3.1. Sur les trois moyens réunis, le Conseil relève tout d'abord qu'aucune disposition légale n'oblige le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse à examiner ou à recevoir le requérant en consultation, de sorte que l'allégation selon laquelle «le médecin conseil de la partie adverse [ne l'a] point examiné» est dépourvue de pertinence. En effet, l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi, qui prévoit l'intervention d'un fonctionnaire médecin ou d'un médecin désigné par le Ministre ou son délégué par voie d'avis, indique expressément que « Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». Il résulte du libellé de cette disposition qu'il n'existe aucune obligation pour le médecin conseil de la partie défenderesse d'examiner personnellement le demandeur avant de rendre son avis (cf. dans le même sens : CE, arrêt n° 208.585 du 29 octobre 2010). De même, le Conseil observe qu'il ressort des termes de l'article 9^{ter}, §1^{er}, alinéa 5, précité, de la loi, qu'il n'est

nullement requis que le médecin conseil soit un médecin spécialiste ou soit obligé de faire examiner l'intéressé par un médecin spécialisé pour fonder son jugement. Le Conseil tient en outre à préciser que c'est au requérant, qui sollicite la prorogation de son autorisation de séjour, d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique, de sorte que le requérant est malvenu d'affirmer que la partie défenderesse « n'a pas non plus, pour son évaluation de [sa] situation médicale, requis les attestations médicales récentes [de son] médecin traitant ni différents rapports médicaux pouvant accompagner cette dernière [...] », alors qu'il lui incombait de lui transmettre toutes les informations utiles à cet égard, *quod non* en l'espèce.

Enfin, le Conseil observe que le requérant reste en défaut de démontrer que la partie défenderesse aurait requis « dans d'autres dossiers » « les attestations médicales récentes [du] médecin traitant [et] différents rapports médicaux [...] ». La violation alléguée de « l'égalité des citoyens à l'accès devant les services publics » n'est étayée par aucun élément concret, en sorte qu'elle relève de la pure hypothèse et ne peut être prise en compte dans le cadre du présent contrôle de légalité.

S'agissant de la critique selon laquelle « sur le terrain des principes, [...] que la partie adverse s'accroche à l'avis médical de son médecin conseil dont la spécialité est inconnue pour prendre en compte ledit avis dans la décision litigieuse. Sur quelles bases scientifiques plausibles l'avis médical de ce médecin conseil met en cause et contredit le diagnostic posé par [son] médecin traitant? Ce dernier a clairement posé son diagnostic », le Conseil rappelle qu'il ressort des termes de l'article 9^{ter}, §1^{er}, alinéa 5, de la loi, qu'il n'est nullement requis que le médecin conseil de la partie défenderesse soit un médecin spécialiste, ou soit obligé de faire examiner le requérant par un médecin spécialiste afin de contredire l'avis du médecin traitant. Une telle exigence ne ressort en effet pas de la disposition précitée. Il convient au demeurant de relever que le médecin de la partie défenderesse ne remet pas en cause les pathologies dont a souffert le requérant, et dont le traitement est terminé, ni le suivi que celui-ci requiert.

S'agissant des informations liées à la situation sanitaire en République Démocratique du Congo, le Conseil observe qu'il s'agit d'informations générales sur la situation au pays d'origine du requérant, et que celui-ci n'explique pas en quoi il serait concerné par cette situation.

En outre, en ce que le requérant allègue « Or, en raison de l'inaccessibilité aux soins (matériel médical) dont il va certainement pâtir en cas de son retour forcé dans son pays d'origine, [il] court droit vers la mort [...]. Qu'il existe un danger pour [sa] vie s'il est privé de son traitement par matériel médical, puisqu'il y a risque de décès tout court » [...] « la pathologie dont [il] souffre nécessite un traitement à vie, et cas de (*sic*) déconnexion du matériel médical et du masque dont il se sert chaque nuit, comporte un risque d'atteinte évident à l'article 3CEDH », le Conseil constate que cette information ne ressort nullement de l'examen des pièces figurant au dossier administratif, celui-ci ne comportant aucune trace de la nécessité d'un appareillage, le certificat médical type du 19 juin 2017 ne faisant état d'aucun « traitement médicamenteux/matériel médical » ni d'aucune intervention et mentionnant dans le point F « *Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ?* » : examen par un spécialiste ORL-chirurgie maxillo-faciale avec fibroscope – CT Scan et/ou RMN +/- Pet scan », de sorte que le requérant est particulièrement malvenu de reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'éléments dont il s'est gardé de faire valoir la pertinence au regard de sa situation individuelle.

S'agissant de la critique émise par le requérant à l'encontre du régime de sécurité sociale auquel il ne pourrait avoir accès à défaut d'exercer une activité professionnelle, le Conseil remarque que quand bien même le requérant ne pourrait bénéficier du régime de sécurité sociale ou de l'aide d'une mutuelle, il n'en demeure pas moins qu'il n'a pas d'intérêt à son argumentaire sur ce point dès lors que le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « l'intéressé est en âge de travailler. En l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre, dès lors, qu'il ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine afin de financer ses besoins médicaux », lesquels constats ne sont pas contestés en termes de requête.

A titre superfétatoire, le Conseil observe que la requête manque à tout le moins de soin dès lors qu'elle s'attèle à critiquer des paragraphes qui ne figurent pas dans la décision litigieuse. Partant, cette articulation du moyen est inopérante.

S'agissant du grief élevé par le requérant quant aux informations provenant de la base de données MedCOI dont il dénonce « le caractère occulte » et « non public », le Conseil constate que le requérant se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par son état de santé ne lui serait pas disponible et accessible, en manière telle que ses critiques sont dépourvues d'utilité. En outre, le Conseil constate, à la lecture

du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées dans ladite base, de telle sorte que le requérant est en mesure d'y avoir accès. Si le requérant désirait compléter son information quant aux considérations de fait énoncées dans la décision querellée, il lui était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, dossier qu'elle ne démontre pas avoir sollicité ni que cette demande lui ait été refusée. Enfin, le Conseil constate qu'en termes de recours, le requérant se limite à une contestation générale et totalement péremptoire quant à la fiabilité et l'exactitude de cette base de données MedCOI alors que ce projet est une initiative du «Bureau Medische Advisering (BMA)» du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qu'il associe quinze partenaires dont quatorze pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds européen pour l'asile, la migration et l'intégration. Par ailleurs, les sources du projet sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « International SOS », « Allianz Global Assistance » et « Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine ». Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

Quant à l'allégation selon laquelle « il est assez curieux de constater que, pour étoffer son argumentaire sur la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin conseil de la partie adverse se fonde sur des médecins locaux non autrement identifiés qui ont requis l'anonymat pour prétendue raison de sécurité et sur des institutions qui, en réalité, n'apportent aucune plus value sur la situation (*sic*) sanitaire en République Démocratique du Congo (page 2 note de bas de page 1) », le Conseil observe que l'anonymat des médecins alimentant ce site internet est sans aucune pertinence quant à la crédibilité dudit site internet dans la mesure où, comme précisé dans la note infrapaginale susvisée, ce projet est une initiative du Service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, qu'il associe quinze partenaires dont quatorze pays européens et l'International Center for Migration Policy Development, et qu'il est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés.

Quant à l'affirmation du requérant selon laquelle « Le caractère occulte de la base de données contraste avec le devoir de motivation de toute décision qui s'impose à l'administration. Ceci précisé, la conclusion de la partie adverse selon laquelle « Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine, le Congo » (Rép. Dém.) » est des plus brutales et hautement fallacieuse. Cela est d'autant plus vari (*sic*) que les officiels congolais (Famille présidentielle, ministres, députés) et toutes les personnes nanties financièrement viennent se faire toutes soigner à l'étranger », le Conseil observe que le requérant part d'un postulat erroné, dès lors qu'il résulte d'une lecture attentive du rapport du médecin fonctionnaire du 31 juillet 2012 que celui-ci s'est référé à la base de données MedCOI dans le cadre de l'examen de la disponibilité des soins et du suivi nécessaire au pays d'origine, mais n'en a pas tiré de conclusion quant à leur accessibilité.

En tout état de cause, le Conseil constate que le médecin conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur une dizaine de sources afin de conclure à la disponibilité des suivis : huit documents figurant sur des sites internet et la base de donnée non publique MedCOI. S'agissant des huit premières sources, force est de constater que celles-ci sont publiques et du reste aucunement contestées en termes de requête.

A titre surabondant, le Conseil remarque que, compte tenu de l'absence d'informations pertinentes fournies par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour en vue d'établir l'indisponibilité des traitements et suivis médicaux requis au pays d'origine, ce dernier ne peut raisonnablement reprocher à la partie défenderesse d'avoir motivé comme en l'espèce la décision entreprise à défaut d'établir que celle-ci a commis une erreur manifeste d'appréciation quant aux éléments dont elle disposait.

Pour le surplus, le Conseil observe que le requérant se contente de prendre le contre-pied de l'analyse faite par la partie défenderesse ainsi que par son médecin conseil et reste en défaut de contester utilement les conclusions posées par la partie défenderesse quant à l'accessibilité et la disponibilité du suivi requis par sa pathologie, et d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient d'avoir accès au système de soins de santé dans son pays d'origine, autrement que par des considérations toutes personnelles sur le système de soins en République Démocratique du Congo et d'allégations péremptoires.

Partant, la violation de l'article 3 de la CEDH n'est nullement démontrée en l'espèce.

3.2. Au regard de ce qui précède, il appert que le moyen unique n'est pas fondé.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'Arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente avril deux mille dix-neuf par :

Mme V. DELAHAUT, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

V. DELAHAUT